Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Lehre der postepileptischen Geistesstörungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Kayser

aus Bochum.

Kiel 1916.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Zur Lehre der postepileptischen Geistesstörungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Kayser

aus Bochum.

Kiel 1916.

Druck von H. Fiencke.

No. 15.

Rektoratsjahr 1916/17.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Siemerling,**

z. Zt. Dekan.

Meinem lieben Vater.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/zurlehrederposte0000hein

Unter Epilepsie versteht man eine meist auf schwerer erblicher Belastung beruhende Gehirnkrankheit. die charakterisiert ist durch periodisch auftretende Bewußtseinsstörungen in Verbindung mit Konvulsionen.

Die Anatomie hat bisher bei der Forschung über die Ätiologie der Erkrankung keine pathologisch-anatomische Grundlage, trotz der hochgradig entwickelten mikroskopischen Technik und Diagnostik entdeckt, es sei denn, daß es sich um eine im Gefolge von Traumen auftretende Jackson'sche Epilepsie handelte, nur an der Hirnrinde wurden hie und da Gliawucherungen beobachtet, die aber vielfach als Folgeerscheinung des fortschreitenden epileptischen Zustandes betrachtet werden. Sicherlich wird man bei weiteren Forschungen in späteren Zeiten für die Epilepsie typische Veränderungen des Gehirns nachweisen, Ob jedoch diese Veränderungen mikroskopisch nachweisbar sind und damit in das Gebiet der pathologischen Anatomie fallen, oder ob es sich bei der Epilepsie um Autointoxikationen infolge pathologischer Stoffwechselvorgänge im Centralnervensystem handelt, die damit der pathologischen Physiologie angehören, wird die Zukunft lehren.

Im Verlauf der Epilepsie treten meist Störungen psychischer Art auf, die entweder akut einsetzen und vorübergehen oder chronisch verlaufen und in dem Zustand der epileptischen Demenz ihr Ende finden.

Von den akuten epileptischen Psychosen, besonders von der epileptischen Verwirrtheit und den Dämmerzuständen mit Berücksichtigung der forensischen Seite soll hier die Rede sein, während wir auf das Endstadium der Epilepsie und den Zustand der epileptischen Degeneration und Demenz nicht näher eingehen wollen.

Man teilt die transitorischen epileptischen Irrsinnsformen von alters her ein in:

1) praeparoxysmelle,
2) Paroxysmus,
3) postparoxysmelle,
4) äquivalente.

Bei der ersten Gruppe der psychischen Störungen unterscheidet man je nach dem Zeitpunkt, in dem die Störungen auftreten, entferntere und unmittelbare Vorboten des Anfalles, die letzteren bezeichnet man als Aura und sind schon dem eigentlichen epileptischen Anfall zuzurechnen.

Die Grenze zwischen praeparoxysmellen Symptomen und Aura ist einer gewissen Willkür unterworfen. Nach Binswanger sind als Aura nur ganz kurzdauernde Störungen von Sekunden im Beginn des Anfalles anzusehen.

Entferntere Vorboten des epileptischen Anfalls sind meistens vorhanden. Sie treten besonders vor schweren Anfällen auf und sind nach Binswanger vor einer Serie von Anfällen immer nachweisbar.

Die entfernteren Vorboten des epileptischen Anfalles können sich in der verschiedensten Weise bemerkbar machen und sind bald leichter, bald schwerer zu erkennen, zuweilen kommen sie dem Kranken selbst oder seiner Umgebung nicht zum Bewußtsein oder werden wenigstens nicht als Anzeichen eines drohenden Anfalles gedeutet. Doch haben sie in der Regel eine außerordentliche Übereinstimmung untereinander. Die gleichen Klagen und Wahnideen, die gleichen Antriebe und Handlungen kehren wieder. Nach Kräpelin bemerkt man sofort an einer bestimmten Redensart, einer kleinen Änderung im Benehmen, im Gesichtsausdruck, daß wieder etwas im Gange ist, daß »ein schlechter Wind weht.«

Nach Siemerling und Raecke teilen wir diese praeparoxysmellen seelischen Störungen ein in:

I. Affektsstörungen (die meist den Charakter einer traurigen Verstimmung tragen),
II. Halluzinationen,
III. traumhafte Dämmerzustände,
IV. paranoide Zustände, und
V. Verwirrtheit.

Damit ist jedoch nicht gesagt, daß die akute epileptische Psychose ganz rein im Rahmen einer der genannten Formen auftritt, im Gegenteil, meist findet man die mannigfachsten Kombinationen und Mischformen.

Die häufigste Erscheinung des drohenden Paroxysmus bilden die Verstimmungen, sie werden, wie schon erwähnt, meist wenig beachtet, sind aber von ungemeiner Bedeutung; denn sie gehen allmählich und ohne scharfe Grenze in einen Zustand mehr oder weniger tiefer Bewußtseinstrübung über, den wir als eigentlichen epileptischen Dämmerzustand bezeichnen.

Doch treten nach Siemerling häufig fast bei jedem Epileptiker Zustände leichterer oder schwererer Benommenheit auf, die längere oder kürzere Zeit anhalten können.

In diesen Dämmerzuständen verüben die meist äußerst reizbaren und leicht zornigen Kranken oft die scheußlichsten und sinnlosesten Verbrechen und Bluttaten. Im Dämmerzustand ist die Bewußtseinsstörung ebenso groß wie beim epileptischen Krampfanfall. Der Kranke ist gegen äußere Eindrücke vollkommen unempfindlich, die Erzeugung von Vorstellungen ist vollständig aufgehoben. Die Kranken sehen teils stuporös, teils erregt und verwirrt, teils traumbefangen, teils mehr oder minder geistig normal aus. Westphal sagt von diesen gelegentlich auch bei anderen akuten Psychosen auftretenden pathologischen Bewußtseinszuständen: »Das Bewußtsein ist so tief gestört, daß der Betreffende sich in einem Ideenkreise bewegt, der wie losgelöst scheint von seinem normalen, und auf Grund dessen und der damit verknüpften Gefühle und Willenserregungen er Handlungen

begeht, welche dem gewöhnlichen Sinne seines Denkens vollkommen fremdartig sind und gar keine Beziehungen dazu haben. Es ist dabei die Fähigkeit zu zusammenhängenden und bis zu einem gewissen Grade unter sich folgerichtigen Handlungen keineswegs aufgehoben, aber sie sind in keinem Zusammenhange mit denen, welche aus dem Gedankeninhalt der gesunden Zeit erwachsen.« Beim Auftreten der Dämmerzustände und Wutanfälle, ebenso wie bei der Häufigkeit der Anfälle, spielt, wie allgemein feststeht, der Alkohol eine große Rolle. Die Epileptiker haben eine ausgesprochene Intoleranz gegen geistige Getränke. Selbst in mäßigen Mengen genossen, können sie die meist reizbare Stimmung zu rasender Wut steigern und bei vielen Verbrechen, die von Epileptikern begangen werden, spielt der Alkohol nach Kramer »die Rolle des Agent provocateur.«

Der Alkohol steigert beim Epileptiker die schon vorhandene Erregung und verstärkt die Bewußtseinstrübung. Besonders unheilvoll ist der Umstand, daß die epileptische Verstimmung zuweilen selbst zum Trinken verführt. Da die Verstimmungen meist depressiver Natur sind, der Alkoholgenuß aber eine gewisse Euphorie erzeugt, so ist es leicht erklärlich, daß der Kranke die Gefühle der Beklemmung und Niedergeschlagenheit und des tiefen Überdrusses durch Alkoholgenuß zu vertreiben sucht. Das Trinken wird dann oft ohne Maß und Ziel tagelang fortgesetzt Wenn der Kranke aus seiner Benommenheit erwacht, findet er sich dann meistens in verwahrlostem Zustande irgendwo, völlig im unklaren über das, was inzwischen mit ihm vorgegangen ist. Dieser anfallsweise auftretende Drang zu solch sinnlosem Mißbrauche geistiger Getränke führt zu dem eigenartigen Krankheitsbilde der Dipsomanie. Die Kranken, die an solch periodisch sich einstellender Trunksucht leiden, nennt man im Volksmund »Quartalsäufer«. Häufig stellt sich nach dem Anfalle tiefe Reue und Abscheu über das Vorgefallene ein, doch ist meistenteils die Erinnerung eine ziemlich unklare.

Die große forensische Bedeutung dieser epileptischen Affektstörungen ist ohne weiteres klar. Die bestehende Un-

ruhe, der Bewegungsdrang, führen zu planlosem Umherirren, beim Militär zu Desertion, zu Gewalttätigkeit, Diebstahl, Widerstand gegen die Staatsgewalt u. s. w. Die bisweilen erhöhte Libido gibt leicht Veranlassung zu Sittlichkeitsdelikten.

In manchen Fällen macht sich die Störung des Affekts weniger bemerkbar und das triebartige Handeln, in Verbindung mit einer ausgesprochenen Veränderung des Bewußtseins tritt mehr in den Vordergrund. Vereinzelte Halluzinationen ohne Bewußtseinstrübung sind verhältnismäßig selten. Siemerling sagt darüber in dem Schmidtmannschen Handbuche der gerichtl. Medizin, III. Band, Seite 614: »In der Regel vereinigt sich mit den Sinnestäuschungen eine Trübung des Bewußtseins und sie bilden die beginnenden Symptome der epileptischen Verwirrtheit oder des epileptischen Deliriums. In den verschiedensten Abstufungen sehen wir diese. Beachtenswert ist, daß einzelne, sinnlose, unzusammenhängende Äußerungen dem eigentlichen Verwirrtheitszustand längere Zeit vorausgehen können. Oft erkennen wir die Verwirrtheit aus den sonderbaren mündlichen und schriftlichen Äußerungen, dem ungewöhnlichen Benehmen, den zwecklosen Handlungen. Alle Handlungen erfolgen langsam, einförmig, automatenhaft. Die Außenwelt wird verschwommen aufgefaßt. Es besteht bei diesem automatenhaften Handeln eine große Neigung zu plötzlichen Angst- und Wutausbrüchen mit triebartigem Handeln. In manchen Fällen entwickeln sich sehr schnell schwere Bewußtseinstrübung mit völliger Desorientierung für Ort, Zeit und Umgebung, unzusammenhängender Gedankenübergang, Sinnestäuschungen auf allen Gebieten, blinden Triebhandlungen, höchsten Graden der Erregbarkeit.«

Sehr wichtig zur forensischen Beurteilung ist es, daß bei allen Verwirrtheitszuständen, einerlei welchen Charakter sie tragen, Remissionen auftreten können, in denen sich die Kranken geordnet verhalten, richtig antworten, über ihre Umgebung scheinbar orientiert sind. Daß aber diese Geistesklarheit nur eine scheinbare ist, und wie tief die Bewußtseinstrübung auch in diesen Zuständen sein muß, geht aus

plötzlichen, sinnlosen Handlungen hervor, die die Kranken plötzlich begehen und in denen sich die Störung des Gedankenablaufes äußert. Die praeparoxysmellen Psychosen endigen gewöhnlich in einen epileptischen Krampfanfall, aus dem der Kranke dann, wie aus einem tiefen Schlafe ohne jede Erinnerung erwacht, oder sich nur eine traumhafte, verworrene Vorstellung macht, von dem, was inzwischen vorgefallen ist.

Nur in beschränktem Maße sind die praeparoxysmellen Seelenstörungen im großen und ganzen von der schwerwiegenden Art, wie oben geschildert, und ungemein viel seltener als die postparoxysmellen Sie werden an Schwere sowie an Häufigkeit und Dauer in der Regel von den letzteren bei weitem übertroffen. Sie brauchen nicht unmittelbar im Gefolge eines großen Krampfanfalles mit tonischen und klonischen Zuckungen und stertorösen Nachschlaf aufzutreten, sondern können durch ein »Petit mal« eingeleitet werden oder als psychisches Aequivalent in die Erscheinung treten. Unter »Petit mal« versteht man im allgemeinen Zustände augenblicklicher Bewußtseinstrübung ohne Verbindung mit den Erscheinungen eines großen Krampfanfalles. Es tritt meist auf in der Form des epileptischen Schwindels. Der Kranke hört plötzlich mitten in der Arbeit oder Rede auf, starrt einige Sekunden starr vor sich hin und nimmt dann seine Tätigkeit oder Rede wieder auf, als sei nichts geschehen und ohne etwas davon bemerkt zu haben. Dauern diese Zustände länger als ca. eine halbe Minute, werden dabei komplizierte Handlungen ausgeführt und reagiert der Kranke auf äußere Eindrücke, so spricht man von Äquivalent. Eine scharfe Grenze zwischen »Petit mal« und Äquivalent läßt sich nach Raecke indessen nicht ziehen.

Im Anschluß an das bisher gesagte folgen jetzt drei Krankengeschichten von Fällen, die in der Psychiatrischen Klinik zu Kiel beobachtet und behandelt wurden.

Fall I.

Es handelt sich um einen 26 jährigen Schmied, der im Jahre 1910 behandelt wurde.

Anamnese (von der Meisterin angegeben): Ref. kennt den Patienten seit ca. 2½ Jahren. Soll früher viel getrunken haben, in den letzten Jahren weniger. Vor 5 Jahren schon bei dem Mann der Ref. in Stellung gewesen. War damals oft betrunken. Seit 1½ Jahren wieder beim Mann von Ref. als Schmied tätig. Sei ein tüchtiger Arbeiter, seit 4 Jahren verheiratet, 2 Kinder. Das jüngste (8—10 Wochen alt) sei sehr schwach. Seit 4 Jahren habe Patient Anfälle, werde plötzlich ganz steif, stiere vor sich hin, wolle auf die Umgebung losgehen, sehe während des Anfalles blaß aus, falle nicht um, keine Zuckungen. Ein solcher Anfall dauere 5—10 Minuten, nachher wisse er nichts davon. Vor 3 Wochen sei er im Anfall aus dem Fenster gesprungen aus der I. Etage (ca. 5—6 Meter hoch). Habe sich nicht verletzt. Gestern morgen (20. XI.) ebenfalls Anfall, wollte wieder aus dem Fenster, spreche nicht dabei, kenne seine Umgebung nicht, wollte gestern das Kind mitnehmen; sonst seien die Anfälle ca. alle Vierteljahr gekommen. Von Zungenbiß oder Einnässen nichts bekannt. Sei nach dem Anfall sehr matt, schlafe sehr schlecht, nicht besonders reizbar. Habe vor einiger Zeit einen Bandwurm gehabt, aber ihn abgetrieben, seitdem Appetit gut.

Status pr.: W. geht ruhig zur Abteilung.
Gewicht 52 kg.
Größe 169 cm.
Körpertemperatur 37,4.

Kräftiger Knochenbau, mäßige Ernährung. Haut- und Schleimhäute blaß. Stirn niedrig. Keine Narben. Keine Perkussionsempfindlichkeit am Schädel. Schädelumfangsmaße 18 : 15 : 54.

Pupillen weit, rechts bedeutend weiter als links. Beide etwas oval verzogen, besonders links. Lebhafte Pupillenunruhe. Reaktion auf Lichteinfall und Konvergenz prompt. Augenbewegungen frei. Zuweilen nystagmusähnliche Zukkungen in den Endstellungen, Gesicht symmetrisch inner-

viert. Zunge weicht beim Vorstrecken etwas nach rechts, leicht belegt, zittert nicht. Auf der Zungenmitte alte Narbe. Ohrläppchen angewachsen. Gaumenbögen gleichmäßig gehoben. Würgreflex fehlt. Harter Gaumen sehr hoch und steil. Keine artikulatorische Sprachstörung. Paradigmata langsam ausgesprochen. Conjunktivalreflex etwas herabgesetzt. Cornealreflex lebhaft. Mechanische Muskelerregbarkeit sehr lebhaft. Kein Tremor dig. Hände sehr verarbeitet. Finger etwas verkrümmt, kein Dupuytren. Reflexe der oberen Extremitäten nicht besonders gesteigert. Dynamometer: rechts 120, links 95. Grobe Kraft der Arme bei Widerstand gut.

Finger-Nasenversuch sicher.

Nervenstämme nicht druckempfindlich.

Patellarreflex lebhaft.

Achillessehnenreflex lebhaft.

Zehen plantar.

Kein Fuß- und Patellarklonus.

Cremasterreflex vorhanden.

Bauchdeckenreflex vorhanden.

Kleine Inguinaldrüsen.

Pinselberührung prompt lokalisiert. Spitz und stumpf unterschieden. Schmerzempfindung normal.

Puls 72, regelmäßig, mittelkräftig.

Arterie weich.

Vasomotorisches Nachröten wenig.

Herztöne rein.

Perkussionsschall auf der Lunge sonor.

Thorax schmal.

Lungengrenzen verschieblich. Vesiculäratmen.

Leib weich, nicht druckempfindlich.

Sieht jünger aus als dem Alter entspricht.

Ticartiges Zucken im rechten Wangenmuskel, soll seit 4—5 Jahren bestehen.

In der Familie sonst keine Nervenkrankheiten vorgekommen. Vater sei ein starker Trinker. Sei als Kind bis auf Masern und Gürtelrose gesund gewesen. Keine Zahnkrämpfe, keine Enuresis. Wisse nicht, wann Laufen und

Sprechen gelernt. Lernte mit 14 Jahren Schmiedehandwerk. Sei nicht beim Militär gewesen, wegen Körperschwäche. Könne gut arbeiten, sei nicht zu schwach dazu. Mit 23 Jahren verheiratet. 2 Kinder, von denen das letzte sehr schwach sei. Kinder haben keine Krämpfe; vertrage sich gut mit seiner Frau. Habe seit Lehrzeit viel getrunken. Keine Aufregungen, niemals Kopfschmerzen. Trinke seit 3 Jahren nicht mehr. Frühjahr vorigen Jahres erster Anfall, sei bei der Arbeit, ohne etwas zu merken, umgefallen. Sei ganz bewußtlos geworden. Nachdem er zu sich gekommen, habe er immer Angst, als ob ihm Jemand was tun wolle. Bei den Anfällen angeblich Zuckungen, kein Schaum vor dem Mund; habe sich öfters auf die Zunge gebissen, auch Wasser unter sich gelassen. Sei müde, wenn er wieder zu sich komme. Vor 4 Jahren 1. Anfall, vor 3 Jahren 2., seitdem öfter; dies Jahr mindestens 7—8 mal. Auf Medizin mehr Anfälle. Medizin habe salzig geschmeckt. Letzter Anfall gestern, vorletzter vor 3 Wochen. Dieser Anfall war stärker, sei aus dem Fenster gesprungen, habe sich aber nur den Fuß verstaucht. Habe »doll gewirtschaftet«, mit Arm und Beinen. Sei dann wieder zu sich gekommen und ins Haus gegangen.

Gestern morgen beim Anfall das Kind mit den Betten vom Sopha gerissen; sei erst umgefallen, habe Zuckungen gehabt, sei dann aufgestanden; wisse nichts davon. Anfalldauer $^1/_2$ Stunde. Habe im Sommer wieder etwas getrunken, seitdem nicht mehr. Manchmal sei ihm gewesen, als wenn er weg sei, sei dann plötzlich wieder zu sich gekommen, solchen Zustand habe er 4—5 mal gehabt, sei nicht hingefallen. Appetit gut. Stimmung gut, werde nicht leicht gereizt. Gedächtnis sei nicht besonders, könne nicht gut denken.

5 mal 12 = 60.
11 mal 12 = 132.
13 mal 14 = 152.
84 : 3 = 26.
Wie heißt die I. Aufgabe? »Weiß ich nicht«.
Seit wann hier? »Seit $^3/_4$3«.

Wie spät jetzt? »Weiß ich nicht«.

Ungefähr? »$^1/_2$7« ($^3/_4$6).

23. XI. Ruhig, freundlich, zufrieden, keine Anfälle. Steht den ganzen Tag auf.

26. XI. Ruhig, keine Klagen, keine Anfälle, hilft bei der Arbeit, geht in den Garten; macht etwas beschränkten Eindruck. 2 mal 1 Eßl. Bromkali.

29. XI. Keine Anfälle, bis mittags $^1/_2$12 der erste Anfall auftritt. Sinkt plötzlich zusammen, wird auf's Bett gelegt. Als der Arzt kommt: blaß-livide Gesichtsfarbe, blutiger Schaum vor dem Mund, starke klonische Zuckungen in Armen und Beinen. Röchelnde Atmung. Reaktion auf Licht nicht vorhanden. Kein Babinski.

Dauer der Zuckungen ca. 2—3 Minuten, dann tiefe Atmung. Reaktion auf Licht noch einige Minuten nicht vorhanden. Reagiert nicht auf Anrufe, bezeichnet vorgehaltene Gegenstände nicht, wirft sich unruhig hin und her. In den Wachsaal verlegt. Dort noch längere Zeit benommen, aber ruhig.

30. XI. Vom gestrigen Anfall an der Zungenspitze starke Bißwunde.

Fühlt sich heute wohl.

2. XII. Steht wieder auf. Erhält 2 mal 1 Eßl. Bromkali.

3. XII. Freundlich. Hilft bei der Arbeit, keine Klagen.

10. XII. Keine Anfälle. Ruhig, freundlich, gutmütig, arbeitet fleißig. Täglich Bromgaben.

14. XII. Keinerlei Anfälle, Verwirrtheitszustände oder Stimmungsschwankungen. Macht eher einen etwas stumpfen freundlichen und gleichmütigen Eindruck. Schließt sich an andere an. Somatisch gesund.

Gebessert entlassen.

Diagnose: Epilepsie, postepileptischer Verwirrtheitszustand.

Fall II.

Es handelt sich um einen 32 jährigen Landwirt, der von seiner Frau gebracht wird.

Anamnese (abgegeben von der Ehefrau) am 16. II. 15: Seit 2½ Jahren verheiratet, 1 gesundes Kind, kein Abort, alle 4 Wochen seit Kriegsbeginn Anfälle, Zucken, Zähneknirschen, Zungenbiß, bewußtlos für 2 Minuten. Mitunter fester Schlaf, dann starke Kopfschmerzen und Schwäche. Als Invalide 1912 von der Marine wegen Nervenleiden entlassen. Häufiger verstimmt. Heute vor 8 Tagen 5—6 Anfälle, am 13. II. plötzlich tobsüchtig, schlug um sich, wollte aus dem Fenster springen, schrie, er solle ermordet werden. Früher derartige Anfälle nicht gehabt. Heredität: Vater zeitweise Trinker.

Status pr.:

Größe 162 cm.

Gewicht 62 kg.

Temperatur 37,6.

Guter Ernährungszustand, Schädel nicht empfindlich.

Umfangsmaße: 19 : 15 : 56.

Pupillen rund, gleich. Reaktion auf Lichteinfall und Konvergenz vorhanden. Augenbewegungen frei. Gesicht symmetrisch. Zunge gerade, zittert etwas; rechts große Bißnarbe, links bißnarbenverdächtige Stellen.

Mechanische Muskelerregbarkeit und vasomotorisches Nachröten vorhanden.

Kein Tremor dig.

Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.

Finger-Nasenversuch sicher.

Abdominalreflexe vorhanden.

Cremasterreflex vorhanden.

Kniephänomen vorhanden.

An der Innenseite des rechten Knies große verschiebliche Narbe, ebenso am rechten Knöchel (von Knochenfraßoperation).

Achillessehnenreflex vorhanden.

Zehen plantar.

Romberg vorhanden.

Spitz und stumpf wird lokalisiert. Puls mäßig, kräftig, 88, in der Frequenz schnell wechselnd.

Herz und Lunge ohne Besonderheiten.

Leib nicht druckempfindlich.

1903—1912 bei der Marine, Ober-Material-Verwaltungs-Maat. 1912 Anfälle: »durch Überanstrengung« im Dienst (Bureaudienst). Fiel eines Morgens im Bureau um, ohne etwas vorher zu merken. Bewußtlos. Nach kurzer Zeit im Lazarett Flensburg wieder zu sich gekommen. Sehr matt. Zungenbiß; kein Einnässen. Wurde bald entlassen. Daraufhin von der Marine entlassen.

Kaufte sich Landstelle. Anfälle kamen regelmäßig alle 4—5 Wochen nachts. Wußte am nächsten Morgen nichts davon, hatte sich aber öfter auf die Zunge gebissen und fühlte sich matt. Frau sagte, er schrie laut auf und hatte dann Zuckungen. Hatte gewöhnlich vorher schwere ängstliche Träume. Bisher keine Medizin genommen, bei der Marine sei ihm gesagt, es helfe nichts.

Sei immer leicht erregbar gewesen. Sei vor einigen Tagen im Anschluß an Anfälle erregt geworden, wisse davon nichts. Daß er 5—6 Anfälle gehabt habe am 7. II., wisse er nicht. Er sei aber zwischen den Anfällen und der Erregung klar im Kopf gewesen. Nach den Anfällen sei ihm plötzlich der Gedanke gekommen, seine Frau sei ihm nicht treu. Auch früher sei der Gedanke ihm mal ab und zu gekommen, auch früher mal bei »Verhältnissen« sehr eifersüchtig.

Es sei ein Besuch bei ihnen gewesen. Er habe nach den Anfällen während des Besuches von jungen Frauen und Männern Eifersuchtsgedanken bekommen. Es sei dann plötzlich in seiner Benommenheit ihm der Gedanke gekommen, daß seine Frau mit den Männern poussierte. Beobachtet habe er nichts.

Gibt langsam Antwort, sagt, er sei noch nicht klar. Er könne es noch nicht zusammen bringen, wie es war, sei noch so benommen im Schädel.

Daß er geschrieen habe, man wolle ihn ermorden, daß er aus dem Fenster springen wollte, wisse er noch. Er muß sich aber lange besinnen. Auf den Gedanken, daß er

ermordet werden sollte, sei er wohl gekommen, weil er festgehalten wurde, jetzt glaube er nicht mehr daran.

(Datum?) liest vom Kalender ab.

(Wochentag?) »Mittwoch, morgen ist mein Geburtstag« (richtig).

(Monat?) »Februar«.

(Jahre?) richtig.

(Monate?) richtig.

(Rückwärts?) »12 . . . 11 10 9 . . . 10 9 8 . . . 7 . . . 6 . . . 5 . . . 4«.

»Mehr gibts nicht, ja wohl . . .«, dann richtig.

(Tage im Monat?) richtig.

(Wie lange hier?) »heute«.

(Wieviel Uhr?) ». . . heute nachmittag, weiß nicht«.

(Jetzt Zeit?) ». . . 9« (1/2 8).

(Krieg?) »ja«.

(Mit wem?) »Frankreich, England, Rußland«.

(?) »Italien«.

(?) . . .

Gegenstände:

(Tintefaß?) richtig.

(Teller?) richtig.

(Lampe?) »elektr. Birne« (richtig).

(Flasche?) »Tinteflasche«.

(Löscher?) richtig.

(Fenster?) richtig.

(Uhr?) richtig.

(Wieviel?) kommt erst nach einiger Zeit darauf.

Vater Potator (Gastwirt). Als kleines Kind beim Zahnen Krämpfe. Näheres unbekannt. Als 14 jähriger Knabe wegen Knochenfraß an den Beinen operiert, vorher Gelenkrheumatismus.

Keine Infektion. Kein Potus (nur ab und zu mal 1 Glas Grog). Bei der Marine etwas viel geraucht eine Zeit lang.

Auf der Schule schwer gelernt. Mittelschule bis zur 1. Klasse. Dann erst Kaufmann bis zum 18. Jahr. Dann zur Marine, Verwaltungskarriere, nur im Inland. Heirat mit 28 Jahren. 1 gesundes Kind. Frau keine Aborte.

17. II. Sagt morgens zum Arzt: er möchte gern sterben

20. II. Noch verwirrt und benommen.

23. II. Klarer, steht auf.

25. II. Kurz dauernder Anfall ohne stärkeres Zucken und ohne Bewußtseinsverlust.

28. II. Sehr lebhafte Träume.

29. II. Ist ruhig und geordnet, den ganzen Tag außer Bett.

3. III. Gleichmäßig und guter Stimmung.

4. III. Entlassen.

Diagnose: Postepileptischer Verwirrtheitszustand.

Fall III.

Es handelt sich um einen Patienten, der von der Staatsanwaltschaft zur Beobachtung eingeliefert wird, und unter der Anklage der Körperverletzung (er hat seinen Schwager mit einem Messer in den Kopf gestochen) steht. Er ist Fischhändler und 56 Jahre alt. Aus den Strafakten geht hervor, daß der Patient früher häufiger Tobsuchtsanfälle bekommen hat und aus beiliegenden ärztlichen Attesten, daß er schon längere Zeit als Epileptiker bekannt ist.

Status pr.: Kommt in Begleitung eines Schutzmannes.

Größe 166 cm.

Gewicht 63,5 kg.

Leide seit 20 Jahren unter Rheumatismus, Kopfschmerzen und Anfällen. Die ersten Anfälle nach der Schulentlassung, genauere Zeit vermag Patient nicht anzugeben. Vor dem Anfall habe er Flimmern vor den Augen, taubes Gefühl im linken Ohr und Kopfschmerzen. werde sehr aufgeregt. Dann falle er hin, sei bewußtlos, beiße sich auf die Zunge, nässe ein. Der Anfall dauere gewöhnlich 10—15 Minuten. Nach dem Anfall heftige Kopfschmerzen, wirr im Kopf, sehr aufgeregt; wenn jemand ihn dann anfasse, schlage er heftig um sich, den letzten Anfall habe er gestern (5. IV. 16) gehabt. Sei vor dem Anfalle sehr aufgeregt gewesen, habe seinen Schwager angegriffen und ihn mit dem Messer, mit dem er Kartoffeln schneiden wollte, in den Kopf gestochen Habe dann Krämpfe bekommen. Ob er als Kind krank

gewesen, wisse er nicht. Früher nie krank gewesen. Frau gesund, keine Kinder. Früher starker Alkoholist: fast täglich betrunken. Seit 1900 trinke er fast garnicht mehr. Sei wenigstens nie angetrunken gewesen. Lues negiert.

(5 mal 8?) richtig.
7 mal 6?) 29.
(5 mal 4?) richtig.
(7 mal 7?) 72.
(5 mal 18?) 186.
(35—14?) richtig.
(79—23?) 64.
(84 und 35?) 75 . . . 77.
(23 und 15?) richtig.
(1 2 5 3 4 7?) 1 2 3 5 4 6 7.
(4 2 1 3 2 5?) 4 2 1 3 4 5.
(7 7 2 6 1 3?) richtig.
(Welcher Tag?) richtig.
(Monat?) »April«.
(Welches Jahr?) »1916«.
(Wo hier?) »Klinik«.
(Welche Klinik?) »Weiß nicht«.
(Wie heißt unser Kaiser?) »Wilhelm«.
(Vorgänger?) »Kann ich nicht behalten«.
(Hauptstadt von Preußen?) »Weiß ich nicht«.
(Hauptstadt von Frankreich?) richtig.
(Womit Krieg?) »Kann ich nicht sagen«.

(Treppe und Leiter?) »Treppe hat Bretter, Leiter hat runde Tritte.«

(Fluß und Teich?) »Fluß ist groß, Teich klein.«

(Berg und Gebirge?) »Berg ist hoch. Gebirge . . . ich weiß nicht.«

Mäßiger Ernährungszustand, rote Gesichtsfarbe, besonders gerötete Nase. Schädel druckempfindlich. Maße: 58 : 20 : 15.

Pupillen mittelweit, rund, gleich. Reagieren auf Lichteinfall und Convergenz. Augenbewegungen frei. Gesicht symmetrisch. Zunge zittert etwas, belegt. Gaumenbögen

gleichmäßig gehoben. Gaumenreflex fehlt. Mechanische Muskelerregbarkeit vorhanden, ebenso vasomotorisches Nachröten. Abdominal- und Cremasterreflex vorhanden. Rechts Leistenbruch. Kniephänomen lebhaft, Achillessehnenreflex vorhanden. Zehen plantar. Rechtes Fußgelenk stark geschwollen, Spitz und stumpf unterschieden. Pinselberührungen lokalisiert. Puls 64, voll, kräftig. Arterienrohr rigide, geschlängelt. Herztöne dumpf. Lungen ohne Besonderheit. Kein Tremor dig. Kein Babinski. Leib weich, angeblich etwas druckempfindlich. Die großen Nervenstämme scheinbar druckempfindlich.

7. IV. Bekam eine tobsüchtige Erregung, mußte nach B. III. überführt werden, wollte sein Zeug haben, geriet dadurch, daß es ihm verweigert wurde, in immer stärkere Erregung.

9. IV. Ruhiger, liegt wieder zu Bett.

12. IV. Verhält sich im Bett ruhig, ist klar.

25. IV. Bekommt beim Aufenthalt im Tagsaal plötzlich einen Anfall, fällt gegen den Schrank. Eine etwa 5 cm lange Wunde der Kopfschwarte über dem linken Scheitelbein.

27. IV. Wohne in Eckernförde. Der Fischer F. sei sein Schwager. Er habe ihn nicht mit Willen gestochen. F. sei zu ihm gekommen, wollte irgend was bestellen, Fische. F. habe geschimpft, weil keine Fische da waren. Er habe ihm das Haus verwiesen. Er habe zum Pferdefüttern gehen wollen, sei hinter F. hergegangen. In der Durchfahrt habe F. ihn geschimpft und gestoßen, so daß er hingefallen sei und F. auf ihn. Vorher sei nichts passiert. Seine eigene Frau habe sich auf seinen Kopf gelegt und ihn festgehalten. Seine Frau habe F. immer beigestanden.

Faßt schwer auf, er habe sich wohl mit dem Messer bewegt, als beide auf ihm lagen. Einen Anfall habe er nicht bekommen. Sei etwas schwach im Kopf, das komme vom Rheumatismus.

(6 mal 8?) richtig.

(7 mal 9?) . . .

(9 mal 7?) . . . 52.
(8 mal 4?) . . . 4 mal 8 ist 12, 16.
(21—9?) . . . 18.
(15 und 16?) richtig.
(31—16?) . . . 20.
(Datum?) . . .
(Monat?) »März . . . April«.
(Jahr?) ». . . 1909«.
(Wie lange hier?) »4 Wochen«.
(Wievielten April?) . . .
(Wochentag?) ». . . Sonnabend« (falsch).
(Was in der Welt los?) »Krieg mit . . . Preußen hat ja noch Gewalt«.
(?) »mit Russen . . . Italiener . . . Amerikaner, wer is da noch?«
(Stadt hier?) richtig.
(Haus?) ». . . kann ich auch nicht bestimmen; Klinik, Hilfsklinik.«
Anfälle kämen nicht oft.

2. V. Pat. bekommt beim Aufstehen einen epileptischen Anfall, fällt und zieht sich eine oberflächliche Wunde der Kopfschwarte zu. Meist gereizt, eigensinnig.

4. V. Abends Fieberanstieg: 39,8°. Puls 130. Pat. klagt in mürrischer, unbestimmter Weise über Schmerzen in den Gelenken, an denen objektiv nichts wahrzunehmen ist. Beim Atmen geringe Beschwerden. Über der rechten Lunge Giemen. Aspirin, Priesnitzscher Umschlag, Liquor amm. anis.

5. V. Kein Fieber mehr. Beschwerdefrei. Will gern aufstehen, ist leicht gereizt und erzürnt, wenn ihm etwas nicht nach Wunsch geht.

3. VII. Etwas ruhiger. Noch immer unklar.

Diagnose: Epilepsie mit epileptischer Verwirrtheit.

Im Fall I handelt es sich um Zustände postepileptischer Verwirrtheit, in denen der Kranke plötzlich mitten aus seiner Tätigkeit heraus eine sinnlose Handlung ausführt. Anfangs traten leichte Bewußtseinstrübungen auf ohne typischen Pa-

roxysmus, später wurden die Geistesstörungen schwerer und traten im Anschlusse an immer heftigere Krampfanfälle auf. Daß es sich dabei in allen Fällen um epileptische Bewußtseinstrübungen handelt, ist durch den in der Klinik beobachteten typischen Krampfanfall sichergestellt. Bemerkenswert ist der ruhige Charakter des Patienten. Er ist freundlich, gutmütig, nicht reizbar, im Gegensatz zu den meisten Epileptikern.

Fall II zeigt uns einen Kranken mit erblicher Belastung (Vater Potator), der regelmäßig seine Anfälle bekommt mit nachfolgender völliger Amnesie. Dann stellen sich vor einigen Wochen 5 – 6 Anfälle (Status epilepticus) ein, zwischen denen er wieder klar wird, 2 Tage später gerät er in einen Dämmerzustand, in dem er herumtobt, aus dem Fenster springen will, von Todesangst und Eifersuchtsideen gequält wird.

Der III. Fall gibt uns ein Paradigma zur forensischen Beurteilung der epileptischen Verwirrtheitszustände. Der Kranke hat sich in einem solchen Zustande einer Körperverletzung an seinem Schwager schuldig gemacht. Er ist bei seiner Einlieferung benommen, unruhig und erregt, gibt auf Fragen zum Teil falsche, zum Teil unklare Antworten. Über die Vorgänge bei der Tat, herrscht bei ihm eine verworrene Vorstellung, sowie ein vollkommen mangelhaftes Verständnis für die Schwere seines Vergehens und die Folgen, die es evtl. nach sich ziehen könnte. Der Kranke ist noch in der Klinik und noch immer verwirrt und unklar, sodaß ihm eine Verantwortlichkeit für seine Handlungen abzusprechen ist.

Wie Cramer sagt, kann ein Epileptiker nur dann für strafbare Handlungen verantwortlich gemacht werden, wenn er nur unter sehr seltenen Anfällen leidet, die noch nicht den ausgeprägten epileptischen Charakter erkennen lassen.

Die größte Schwierigkeit bei der forensischen Beurteilung bieten nach Binswanger die Gewohnheitsverbrecher dar, wenn sie zugleich Epileptiker sind. Er schreibt in seinem Buche »Die Epilepsie«, 1913, Seite 312: »Wir haben verschiedentlich raffinierte Diebe und Einbrecher zu

gutachten gehabt, die jedesmal, wenn ihnen eine Verurteilung drohte, den Einwand machten, daß sie das Verbrechen, bei dem sie gerade ertappt waren, in krankhaftem Zustande begangen hätten. Wir haben großstädtische Verbrecher kennen gelernt, die in ihrer Epilepsie geradezu einen nach Kräften auszunutzenden Freischein für ihr verbrecherisches Handeln zu besitzen glaubten. Eine generelle Beurteilung dieser Fälle ist natürlich nicht statthaft, man darf nur sagen, daß Epileptiker dann im Sinne des § 51 des deutschen Strafgesetzbuches für straffrei zu erachten sind, wenn für die inkriminierte Handlung ein Zusammenhang mit dem epileptischen Leiden entsprechend den transitorischen Psychosen erwiesen ist, oder wenn auf dem Boden der Epilepsie sich tiefgreifende sekundäre Intelligenzdefekte entwickelt haben.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling für die liebenswürdige Überlassung der Krankheitsfälle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Binswanger: Die Epilepsie. Wien und Leipzig 1913.

Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie, 1915.

Dütemeyer (Doktordiss.): Zur Lehre von den epileptischen Dämmerzuständen, Kiel 1914.

Kraepelin: Klinische Psychiatrie. III. Band II. Teil, 1913.

Lüders (Doktordiss.): Zur Lehre von den epileptischen Verwirrtheitszuständen. Kiel 1910.

Perlia (Doktordiss.): Beitrag zur Lehre der epileptischen Dämmerzustände. Kiel 1913.

Raecke: Die transitorischen Bewußtseinstrübungen. Habilitationsschrift Halle 1903.

Schmidtmann: Gerichtliche Medizin. III. Band, 1906.

Lebenslauf.

Ich, Heinrich Kayser, kath. Konfession, wurde zu Bochum in Westf. am 15. Juli 1889 geboren, besuchte das Gymnasium meiner Vaterstadt und bestand dort Ostern 1909 die Reifeprüfung. Ich studierte an den Universitäten Münster, Marburg, Berlin, Kiel und München, machte in Marburg Physikum und in München Staatsexamen im Sommer 1914. War dann 4 Wochen als Medizinal-Praktikant am Josephs-Hospital in Bochum tätig und wurde bei Ausbruch des Krieges zum Reservelazarett Gelsenkirchen kommandiert.